

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N° 496

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Xavier CREN

Né le 24 décembre 1911, à Brest (Finistère).

Conditions d'action des Sels d'or dans les Tuberculoses cutanées

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS
15, Rue Racine, 15

1937

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Xavier CREN

Né le 24 décembre 1911, à Brest (Finistère).

Conditions d'action des Sels d'or dans les Tuberculoses cutanées

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

PARIS
JOUVE & C^{ie}, EDITEURS
15, Rue Racine, 15

1937

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	Léon BINET.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	L'aignel-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBOULLET.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	FUNCK Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
BEZANÇON (Justin) Hydrologie.	GAYET Physiologie.
BOULIN Pathologie médicale.	DE GENNES .. Pathologie médicale.
BULLIARD Histologie.	GIROUD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.	HAGUENAU.... Pathologie médicale.
CHEVALLIER. Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
COSTE Pathologie médicale.	HAZARD Pharmacologie.
DOGNON Physique.	HUGUENIN ... Anatomie pathologique
FEY Urologie.	JOANNON Hygiène.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.	
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL..	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LEVY ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MÉNÉGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.

MM.	
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS..	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIÈRE	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LARDENNOIS .	Pathologie chirurgicale.

MM.	
LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
PHILIBERT ...	Bactériologie.
VAUDESCAL ..	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.
AUBERTIN.	
BRULÉ.	
CHABROL.	
CHIRAY.	
DONZELOT.	
DUVOIR.	
LIAN.	
PASTEUR-VAL-	
LERY-RADOT.	
SÉZARY.	

MM.	
BASSET.	} Clinique chirurgicale.
BROCC.	
CADENAT.	
GATELLIER.	
HEITZ-BOYER.	
MOURE.	
QUÉNU.	
SCHWARTZ.	
VELTER.	

MM.	
ECALLE.	} Clinique obstétricale.
LE LORIER.	
LEVY-SOLAL.	
METZGER.	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA GRAND'MERE

Dont la vie de travail et de dévouement sera pour moi le meilleur des exemples.

A MA MERE

En témoignage de ma profonde affection.

A MA CHERE FEMME

AUX MIENS ET A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de Clinique
des maladies cutanées et syphilitiques.

*Nous le remercions du grand hon-
neur qu'il nous fait en acceptant de
présider cette thèse.*

A MON MAITRE

LE DOCTEUR GOUIN

*Il m'a fourni le sujet de cette thèse
et m'a aidé de ses conseils.*

*Pendant 2 années, il m'a prodigué
ses conseils éclairés.*

*En témoignage de ma très grande
reconnaissance.*

AU DOCTEUR BIENVENUE

Que je tiens à remercier, ses conseils m'ont facilité ce travail.

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE
DE RENNES

MM. LES PROFESSEURS LE MONIET ET LE DAMANY

A MES MAITRES DES HOPITAUX CIVILS
DE BREST

MM. LES DOCTEURS TEURNIER, DE LA MARNIERE
ET POULIQUEN

INTRODUCTION

Au cours de nos études, nous avons été frappés par ce fait que la chrysothérapie, dont on disait tant de bien il y a quelques années, est considérée actuellement, par un grand nombre d'auteurs comme une médication infidèle, et même parfois dangereuse.

Cette thérapeutique est en somme relativement récente. Elle date des travaux de Feldt en 1912 et n'a été véritablement connue de tous qu'après la communication de Mollgaard en 1924.

On doit dire, qu'au début, cette médication ne fut essayée qu'avec méfiance, surtout en France et en Allemagne.

Chose remarquable, dès les premiers essais on enregistra des succès merveilleux, mais aussi des échecs retentissants.

Les travaux de Léon BERNARD, de VILLARET, de BEZANÇON, et de DUMAREST en précisèrent les indications et la posologie et favorisèrent la vulgarisation de cette thérapeutique.

L'enthousiasme ne fut pourtant jamais général. On lui reprochait d'être une médication dangereuse pouvant provoquer des néphrites, des accidents cutanés, des accidents sanguins et parfois même d'amener la réactivation des lésions torpides.

En 1937, nous voyons que le nombre des partisans a encore diminué, et non seulement de partisans de son utilisation en tuberculose pulmonaire mais aussi en tuberculoses cutanées et tuberculides au point que certains auteurs vont même jusqu'à dire que l'or est le dernier médicament à utiliser dans les dermatoses tuberculeuses.

C'est de celles-ci que nous nous occuperons exclusivement.

Faut-il en conclure que cette médication a fait faillite. Non, car malgré cet abandon progressif, on ne peut dénier à l'or la possibilité de guérir ou, si l'on veut, de blanchir certaines dermatoses tuberculeuses.

Le discrédit dans lequel est tombé la chrysothérapie est explicable par ses inconvénients multiples et ses succès inconstants, mais il nous semble, et c'est là le but de notre thèse, qu'en envisageant certaines considérations, et en appliquant certaines techniques, on puisse en diminuer les inconvénients et en augmenter les succès.

Ce sont ces considérations et ces techniques que nous allons exposer au cours de notre travail.

Nos recherches reposent sur des faits déjà vieux de quatre ans qui furent étudiés et publiés par les Docteurs GOUIN et BIENVENUE en 1934 et que, pendant nos deux années d'Internat à l'Hôpital de Brest, nous avons pu répéter chaque fois que nous avons pu observer des malades porteurs de lésions cutanées tuberculeuses.

Nous croyons que si ces faits se renouvellent chaque fois que l'on renouvelle la même expérimentation, ils valent mieux que toute théorie.

Ces faits sont :

- 1° *des faits d'ordre biologique;*
- 2° *des faits d'ordre thérapeutique.*
 - a) local;
 - b) général.

Nous consacrerons un chapitre aux faits biologiques, un deuxième aux faits d'ordre thérapeutique local, un troisième aux faits d'ordre thérapeutique général.

En possession de ces notions, on pourra peut-être dire quand l'or peut agir ou n'agit pas dans les tuberculoses cutanées, quand on doit l'accepter ou le rejeter et dans quelles conditions on doit parfois combiner la chrysothérapie aux remèdes spécifiques des terrains qui peuvent accompagner le terrain tuberculeux.

PREMIERE PARTIE

FAITS D'ORDRE BIOLOGIQUE : REACTIONS LEUCOCYTAIRES A LA SUITE D'INJECTIONS DE SELS D'OR

On sait qu'on doit considérer les tuberculoses cutanées, sauf peut-être le chancre d'inoculation, non comme des lésions uniquement locales, mais comme la manifestation locale d'une affection générale. De même qu'une roséole n'est que la manifestation externe de l'affection syphilitique générale du malade. C'est là presque un lieu commun, mais que l'on doit tout de même avoir toujours présent à l'esprit, pour comprendre que l'on doit chercher la preuve de l'efficacité d'un remède, non seulement dans l'amélioration de la lésion locale, mais peut-être plus encore dans les modifications générales qui peuvent se produire dans l'organisme au moment de la disparition des lésions externes.

Il paraît aussi vain de considérer comme guéri un malade dont la lésion tuberculeuse locale vient de se fermer, sans que le terrain ait été modifié par une thérapeutique rationnelle, que de considérer comme stérilisé un syphilitique dont le chancre vient de disparaître.

Il semble qu'une tuberculose cutanée est, plus encore qu'une lésion autonome locale, un véritable processus d'immunisation, de défense de l'organisme comme le sont plusieurs dermatoses.

Faire disparaître cette manifestation est bien, mais il n'est pas indifférent d'obtenir ce résultat par une médication quelconque. Il importe, au contraire, d'utiliser une thérapeutique qui amène la guérison locale par les modifications qu'elle apporte au terrain et qui font que cette lésion guérit car elle n'a plus raison d'exister.

Il serait donc désirable de ne pas introduire dans l'organisme un remède quel qu'il soit sans être certain de son efficacité. En pratique cependant, quand on utilise une médication générale, on ne sait, à priori, si elle guérira le sujet et en chrysothérapie plus particulièrement on ne connaît l'action du médicament qu'après coup, quand les résultats, bons ou mauvais, ont été enregistrés.

Existe-t-il un moyen de connaître la valeur d'un remède avant son emploi. Pas plus en syphilithérapie qu'en chrysothérapie, nous ne connaissons d'autres critères de la valeur du remède à employer que la leucocyto-réaction. Méthode qui fut établie par les Docteurs GOUIN et BIENVENUE en syphilithérapie dès 1928 et qui fut reprise ensuite en chrysothérapie. Nous rappelons ici les travaux des Docteurs GOUIN et BIENVENUE et les thèses des Docteurs DESVAUX, DESAUNAY, DOMAIN et LE BIGOT.

Ces travaux ont montré que pour être utilisée par

l'organisme une médication générale doit, dans les affections à étiologie infectieuse, déterminer une réaction leucocytaire en hyperleucocytose, deux heures après l'injection intraveineuse ou intramusculaire. Au contraire, tout médicament qui détermine une leucopénie met en jeu un processus inutile ou néfaste.

Cette proposition est très générale, il ne faut cependant pas croire que toutes les hyperleucocytoses se valent mais la valeur thérapeutique d'une hyperleucocytose est fonction du remède qui l'engendre.

C'est ainsi que les auteurs brestois distinguent les hyperleucocytoses banales, les hyperleucocytoses personnelles, et les hyperleucocytoses spécifiques. Ces dernières, qui nous intéressent uniquement ici, sont consécutives à l'injection dans un organisme atteint d'une affection déterminée, de ou d'un des remèdes spécifiques.

Nous devons remarquer ici que si une leucocyto-réaction positive indique que le remède étudié convient à l'affection en cause, par contre elle ne préjuge nullement de l'intolérance de l'organisme au médicament.

Pendant nos deux années de séjour à l'Hôpital de Brest, nous avons pu vérifier journallement la valeur constante de la réaction en hyperleucocytose à la deuxième heure, aussi bien en tuberculoses cutanées qu'en syphilis. Elle signifie que le remède qui l'a produite « fait partie du processus de guérison ».

Nous ne ferons d'ailleurs que rappeler ces notions

développées dans la thèse d'un de nos prédécesseurs dans le service, le docteur DESAUNAY.

Les résultats rapportés dans cette thèse, nous les avons vérifiés maintes fois dans les tuberculoses pulmonaires, dans les tuberculoses cutanées vraies, et enfin dans les lésions cutanées à étiologie tuberculeuse douteuse.

TECHNIQUE DE LA LEUCOCYTO-RÉACTION A L'OR.

Il est indispensable de rappeler tout d'abord la technique de la leucocyto-réaction. Cette technique est simple et ne demande pour ainsi dire aucun apprentissage. Il suffit de savoir faire une numération globulaire pour être à même de l'appliquer.

Le sujet ne doit avoir subi aucun traitement antérieur depuis trois semaines, quel que soit ce traitement, même s'il s'agit déjà d'une injection de sels d'or. En effet, seule la première leucocyto-réaction compte, et les épreuves pratiquées ultérieurement ne donnent que des résultats contradictoires et sans aucune valeur. Ceci est très facile à comprendre car toute injection amène des modifications humorales en hyperleucocytose ou en leucopénie qui peuvent persister pendant trois semaines. Tout point de repère fait donc défaut pour pratiquer un autre examen pendant cette période, l'équilibre du sujet n'étant pas encore rétabli. C'est pour la même raison que la leucocyto-réaction ne doit être pratiquée qu'en dehors de la période menstruelle, de la période

digestive, des grands efforts musculaires et le sujet doit être à l'abri des grandes oscillations de la température extérieure.

La réaction doit être pratiquée le matin, le sujet étant à jeun depuis la veille au soir et au repos depuis une demi-heure.

On prélève au doigt ou à l'oreille une goutte de sang et on pratique une numération leucocytaire. On fait ensuite une injection de sels d'or, soit par voie intraveineuse, soit par voie intramusculaire.

Le malade est laissé au repos absolu pendant deux heures et au bout de ce temps, on établit une nouvelle numération.

RÉSULTATS DE LA LEUCOCYTO-RÉACTION AUX SELS D'OR.

Les nombreuses leucocyto-réactions pratiquées dans le service ont donné les résultats suivants :

1° chez les sujets indemnes de tuberculose (cliniquement, radiologiquement et bactériologiquement sains, dont rien dans les antécédents personnels et héréditaires ne permet de suspecter la tuberculose) l'injection de sels d'or, solubles ou non, a toujours provoqué une réaction de l'organisme se traduisant par une leucopénie à la deuxième heure.

2° chez les sujets atteints de tuberculose pulmonaire (radiologiquement et bactériologiquement confirmée) l'injection de sels d'or, solubles ou non, a toujours provoqué une réaction de l'organisme se traduisant par une hyperleucocytose à la deuxième heure.

3° chez les sujets atteints de tuberculoses cutanées vraies l'injection de sels d'or, solubles ou non, a déterminé, à de très rares exceptions près, une réaction de l'organisme se traduisant par une hyperleucocytose à la deuxième heure.

4° chez les sujets atteints de tuberculides et de dermatoses à étiologie non définie (psoriasis et lichen plan) l'injection de sels d'or, solubles ou non, a déterminé des réactions diverses de l'organisme, se traduisant à la deuxième heure, tantôt par une hyperleucocytose, tantôt par une leucopénie (il y a eu autant de cas positifs que de cas négatifs).

En résumé, positivité constante dans les tuberculoses pulmonaires, positivité presque constante dans les tuberculoses cutanées vraies, réaction variable chez les sujets atteints de tuberculides et de dermatoses à étiologie tuberculeuse possible, mais douteuse. Les expériences pratiquées dans le service se chiffrent actuellement par centaines.

En tuberculose pulmonaire, la réaction n'a été négative que deux fois, encore un des sujets était-il de plus hérédo-syphilitique, l'autre sujet était à la période ultime de sa maladie et est mort le surlendemain.

A ces deux exceptions près et en nous basant sur le nombre considérable de leucocyto-réactions pratiquées, il faut admettre que les sels d'or déterminent, avec une certitude presque mathématique, une hyperleucocytose à la deuxième heure chez les sujets atteints

de tuberculose pulmonaire. Dans les dermatoses tuberculeuses, et c'est là ce qui nous intéresse, la positivité de la réaction n'est pas aussi constante.

Si dans les tuberculoses cutanées vraies les réactions ont été presque toujours positives, par contre, dans les tuberculides et en particulier, dans le lupus érythémateux, elles ont été très inconstantes.

Ceci n'a rien d'étonnant, la clinique elle-même établissant une distinction entre les tuberculoses cutanées vraies et les tuberculides. Il est intéressant de voir que par la pratique de la leucocyto-réaction on arrive aux mêmes résultats.

Mais de plus on peut affirmer que si une leucocyto-réaction dans une tuberculide est négative au premier examen, il est de règle de voir cette négativité faire place à une positivité à la suite d'une modification du terrain obtenue par une thérapeutique appropriée. Nous mettrons ces faits en évidence dans la partie de notre thèse qui traite des terrains.

RÉSULTATS PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES.

La conclusion que l'on doit tirer de ces faits biologiques, de l'interprétation de la réaction leucocytaire déclenchée par l'introduction d'un sel d'or dans l'organisme est la suivante :

On doit utiliser un sel d'or s'il détermine une hyperleucocytyose à la deuxième heure, on doit au contraire rejeter cette thérapeutique si elle détermine une leucopénie. Elle serait nuisible.

Quant à la négativité dans les tuberculides, nous l'expliquerons au dernier chapitre de notre thèse, en étudiant les terrains.

Mais, nous dira-t-on, puisque cette réaction est toujours positive dans les tuberculoses pulmonaires et qu'elle est très souvent positive dans les dermatoses tuberculeuses et que, comme l'ont montré les travaux des Docteurs GOUIN et BIENVENUE, un médicament qui possède une spécificité diagnostique possède également une spécificité thérapeutique, l'or devrait guérir à coup sûr et les tuberculoses pulmonaires et les tuberculoses cutanées vraies. Or, il n'en est rien. Il faut donc, ou bien que la valeur leucocyto-réaction soit nulle, ou bien qu'il existe d'autres conditions nécessaires pour que l'organisme puisse utiliser la thérapeutique aurique.

L'expérience montre, qu'en effet, la positivité de la leucocyto-réaction est une condition nécessaire mais que cette condition n'est pas suffisante et, dans la deuxième partie de notre thèse, nous allons montrer l'existence d'une autre de ces conditions.

SECONDE PARTIE

FAITS D'ORDRE THERAPEUTIQUE LOCAL : EXTERIORISATION DES LESIONS

Les expériences que nous allons présenter ici n'ont pas été faites semble-t-il ailleurs qu'à Brest. Quoique déjà publiées par les Docteurs GOUIN et BIENVENUE en février 1934, elles ont passé inaperçues ou n'ont pas été prises en considération.

C'est cependant dans ces expériences que nous allons trouver la deuxième condition nécessaire pour que les sels d'or puissent agir efficacement dans les tuberculoses cutanées. A côté de la condition générale, la leucocyto-réaction positive à l'or que nous venons d'énoncer plus haut, il existe une condition locale qui doit être nécessairement remplie pour que l'action thérapeutique de l'or se manifeste.

Il semble qu'il y a en effet une contradiction entre la spécificité des sels d'or, supérieure même osons-nous dire à la spécificité leucocytaire des médicaments antisyphilitiques et leur spécificité thérapeutique, nettement inférieure à celle de ces derniers.

On peut donc penser qu'il y a peut-être dans l'organisme d'autres conditions qui doivent être néces-

sairement remplies pour que la spécificité thérapeutique de l'or puisse se manifester.

Une chose nous avait frappé, le fait suivant était acquis. En tuberculose pulmonaire l'or donnait certainement au moins autant d'échecs que de succès. En tuberculoses cutanées, les lésions ulcéro-purulentes paraissaient obéir mieux à la chrysothérapie que les lésions fermées.

Parmi les tuberculides, le lupus érythémateux qui est en principe localisé à la figure et de plus nettement à fleur de peau était la plus influencée.

Il était impossible de ne pas penser, à cette simple constatation, que l'extériorisation des lésions devait jouer un certain rôle dans le processus de guérison puisque les lésions extériorisées bénéficiaient plus de la thérapeutique aurique que les lésions couvertes.

L'action de la lumière et plus particulièrement des rayons ultra-violets sur les lésions tuberculeuses est une notion déjà ancienne. Leur influence sur ces lésions a d'ailleurs été diversement interprétée. Si dans les tuberculoses viscérales, leur action bienfaisante est admise par tous, on les a par contre accusés d'être parfois néfastes dans les dermatoses tuberculeuses et même de provoquer dans certains cas l'apparition à la peau d'une tuberculose restée jusque-là latente.

On sait qu'un coup de soleil peut être capable de déclencher une tuberculose cutanée. Ce n'est après tout qu'un traumatisme de la peau et, comme il a été démontré qu'un bacille préexistant dans l'organisme peut se fixer sur une région traumatisée, on ne voit

pas pourquoi il n'en serait pas de la peau comme d'un autre tissu.

En règle générale, il est cependant admis que les rayons ultra-violetes ont une action favorable sur les lésions tuberculeuses. En tout cas, quelle que soit cette action, favorable ou défavorable, elle est admise par tous.

D'autre part, on connaît le tropisme particulier de l'or vers la peau. En effet, après une thérapeutique par les sels d'or les réactions focales sont très fréquentes. Nous en avons observé plusieurs dans le service, se traduisant par des poussées œdémateuses et congestives au niveau des lésions. Les accidents cutanés auriques sont également loin d'être rares, des érythrodermies ont été observées et il est intéressant de remarquer que ces aurides se produisent, contrairement aux accidents cutanés de l'arsenic, surtout au niveau des régions découvertes, donnant à la peau cette coloration spéciale, désignée par PAUTRIER sous le nom de peau léopardisée, et qui peut même simuler une cyanose si elle est généralisée à la face.

Il semble que si les lésions découvertes guérissent plus rapidement que les lésions fermées, c'est que deux facteurs, l'or et l'extériorisation des lésions, agissent dans le processus de guérison. Il semble de plus que ces deux facteurs n'agissent pas séparément, qu'il n'y a pas simplement addition des propriétés thérapeutiques, mais que la guérison se produit par une véritable combinaison de celles-ci.

Des expériences pratiquées in-vivo et in-vitro ont

démontré que cette double influence n'était pas une simple vue de l'esprit et de plus nous ont mis sous les yeux la preuve clinique de l'action de l'or sur l'organisme, la croûte noire.

EXPÉRIENCES IN-VIVO.

Ces expériences qui comportent deux séries ont été pratiquées sur des tuberculoses cutanées vraies pour obtenir des résultats plus constants. Elles ne sont pas nouvelles, car elles ont été faites pour la première fois en 1933 par les Docteurs GOÛIN et BIENVENUE.

Nous les avons répétées plusieurs fois et nous avons obtenu des résultats identiques à ceux déjà antérieurement publiés.

1° *Série d'expériences.*

Ces expériences ont été pratiquées sur des malades porteurs d'ulcères tuberculeux, de lupus tuberculeux et de gommes tuberculeuses. Avant chaque expérience, un leucocyto-réaction a été établie et ce n'est qu'après avoir constaté la positivité de cette réaction qu'elles ont effectuées.

a) *Extériorisation et chrysothérapie.*

Ces différentes lésions ont été extériorisées artificiellement par des grattages à la curette faits avec ou sans anesthésie locale suivant la sensibilité des sujets et l'étendue des lésions à découvrir. Ces grattages

ont été pratiqués assez énergiquement pour enlever en totalité les croûtes et la plus grande partie des tissus altérés sous-jacents, pour décaper en quelque sorte la lésion. Cette opération étant faite, on a pratiqué une injection de sels d'or (encore une fois nous indiquons que nous utilisons aussi bien des sels solubles que des sels en suspension et que les résultats obtenus ont été identiques). Les lésions ont été ensuite largement exposées à l'air et à la lumière, sans pansement, quelle que fut la grandeur des ulcérations et il a été constaté dans les 24 heures suivantes la production sur les surfaces exposées d'une agglomération noirâtre, brillante, à reflets métalliques, analogue à celle que l'on obtient en plaçant sur un lupus gratté des cristaux de permanganate de potasse. La croûte observée n'est pas épaisse, mais se présente sous l'aspect d'une véritable pellicule qui recouvre la lésion en totalité et qui est très adhérente.

Cette croûte noire ne reste pas à ce stade initial et peu à peu, si l'on continue l'exposition à l'air et à la lumière solaire, sa coloration change, elle passe du noir brillant au brun mat puis au bistre. A ce stade, elle est alors moins adhérente. On peut alors la détacher assez facilement.

Si on l'enlève, on constate un changement très appréciable dans l'apparence de la lésion qui est déjà moins étendue et dont le tissu sous-jacent est recouvert d'une sérosité purulente.

Si l'on pratique une nouvelle injection et si l'on continue l'exposition à l'air et aux rayons solaires, on

voit de nouveau apparaître une croûte d'aspect analogue à la première mais cependant souvent moins caractéristique que celle-ci dans sa coloration, et qui est toujours plus petite.

Si l'on poursuit cette méthode, on obtient la cicatrisation en un petit nombre d'injections, on pourrait dire aussi vite et aussi bien que dans un chancre induré traité énergiquement par les antisypilitiques.

Les cicatrices que nous avons observées sont souples et parfois, même sur les lésions étendues, à peine visibles et ne se traduisant que par une coloration plus rosée et un aspect plus lisse des téguments à leur niveau.

Nous notons ici que le nombre d'injections a été de cinq à huit et que la dose totale utilisée n'a pas dépassé un gramme dans les cas heureux.

b) *Chrysothérapie sans extériorisation.*

Si maintenant on pratique chez un porteur de lupus tuberculeux non gratté une injection de sels d'or, la croûte noire ne se produit pas. La croûte préexistante ne change pas d'aspect, et la seule chose que l'on peut noter, surtout si la lésion siège à la face, c'est l'apparition d'une réaction locale turgescence, érythémateuse, ne présentant aucun caractère spécial. Ces phénomènes locaux sont variables et peuvent manquer.

c) *Extériorisation sans chrysothérapie.*

Si d'autre part, chez un sujet porteur d'une lésion

tuberculeuse cutanée quelconque on pratique un grattage sans injection, la croûte noire ne se produit pas. Les lésions restant largement exposées à l'air, on observe simplement l'apparition de la croûte séro-purulente bien connue. La lésion n'est pas modifiée et reprend ses caractères primitifs.

Il est à remarquer que, dans aucun de ces deux derniers cas, on ne voit se produire d'amélioration comparable à celle obtenue par l'injection suivie de grattage.

Les auteurs brestois se sont demandés quels étaient les facteurs qui entraient en jeu dans la production de cette croûte.

L'or est évidemment indispensable puisqu'elle ne se produit pas lorsque l'injection de sels d'or fait défaut, mais dans l'extériorisation des lésions plusieurs facteurs peuvent jouer. La recherche de ces facteurs a conduit aux expériences suivantes :

DEUXIÈME SÉRIE D'EXPÉRIENCES.

a) chez certains malades, après grattage et injection de sels d'or, la lésion a été laissée largement exposée à l'air sans pansement;

b) chez d'autres malades, après grattage et injection de sels d'or, la lésion a été recouverte d'un pansement;

c) chez d'autres malades, après grattage et injection de sels d'or, la lésion a été recouverte par une lame de verre surélevée par un cadre de coton et fixée par un sparadrap;

d) chez un malade porteur de multiples lésions à la figure, après grattage et injection de sels d'or, certaines d'entre-elles ont été laissées à découvert, d'autres ont été recouvertes de petites lames de verre.

Ces différentes expériences ont donné les résultats suivants :

1° chez les malades dont la lésion était largement exposée à l'air et à la lumière, la croûte noire caractéristique s'est produite constamment dans les vingt-quatre heures;

2° chez des malades dont la lésion était recouverte d'un pansement, la croûte noire ne s'est pas produite;

3° chez des malades dont la lésion était recouverte d'une lame de verre, la croûte noire ne s'est pas produite;

4° chez le malade portant des lésions multiples, la croûte noire s'est produite uniquement sur les lésions largement exposées, les autres lésions, recouvertes de pansements ou de lames de verre n'ont présenté qu'une croûte banale.

EXPÉRIENCES IN-VITRO.

Après avoir effectué les expériences précédentes, il a paru intéressant de rechercher si cette pellicule brillante contenait de l'or. A cet effet, le Docteur GOÛIN a prié un chimiste de bien vouloir en faire la recherche, mais, soit que la technique employée eut

été insuffisante, soit que l'or fut réellement absent de cette croûte, la recherche est restée négative par deux fois.

Un fait cependant était à retenir, les plaies à l'air libre noircissaient, les plaies sous pansements ou lames de verre ne noircissaient pas, de plus, les premières ne noircissaient qu'à la seule condition qu'il y ait introduction d'or dans l'organisme.

Les facteurs principaux dans la production de cette croûte paraissaient être l'or et les rayons ultra-violet, mais l'action de l'air pouvait avoir également une certaine importance. Il a paru ensuite intéressant de rechercher si les rayons ultra-violet avaient une action directe sur les sels d'or. Cette recherche a conduit aux expériences suivantes :

Première expérience.

Persuadé qu'une simple irradiation d'un sel d'or par les rayons ultra-violet n'était pas suffisante, le docteur GOÛN a demandé à un fabricant de livrer au service des ampoules de sels d'or irradiés. Aucune modification supplémentaire, ni thérapeutique, ni expérimentale n'est survenue dans les résultats.

Les sels d'or irradiés ont donné les résultats exactement superposables à ceux obtenus avec des sels ordinaires non irradiés. L'action locale paraît indispensable.

Seconde expérience.

Pour étudier l'action directe de la lumière sur les

sels d'or, on a placé des sels d'or en solution dans deux cristallisoirs. L'un fut recouvert par une lame de verre, l'autre fut laissé à découvert, et tous les deux furent exposés à l'air libre à l'extérieur du laboratoire.

La solution non recouverte a pris en un quart d'heure une teinte jaune foncé, l'autre solution n'a présenté aucune modification.

Troisième expérience.

Une solution de sels d'or a été exposée aux radiations d'une lampe à vapeur de mercure. Cette solution a pris, encore plus rapidement qu'à l'air libre, une solution jaune foncé.

Comment expliquer ce changement dans la coloration de la solution. Il paraît s'agir là d'une modification physico-chimique du sel d'or se produisant sous l'influence de l'air, modification activée par l'action des rayons ultra-violet.

Que peut-on conclure maintenant en rapprochant ces deux séries d'expériences.

1° que l'air et les rayons ultra-violet agissent sur l'or puisque nous voyons sous cette double influence des modifications se produire dans les solutions;

2° que l'air et les rayons ultra-violet agissent sur la lésion tuberculeuse exposée, dans un organisme contenant de l'or, et que cette influence est favorable.

Ce sont là les seules conclusions pratiques que l'on peut en tirer. Il serait très séduisant de considérer la croûte noire comme le témoin de l'action des rayons ultra-violet et de l'air sur le sel d'or fixé au niveau

de la lésion, mais il est impossible de ne rien affirmer, l'or n'ayant pas été trouvé dans la croûte.

Enfin, d'autres expériences complémentaires ont montré que des traces infinitésimales d'or suffisaient à produire cette croûte, ou du moins que les modifications apportées dans l'organisme par l'injection persistaient assez longtemps, et gardaient la même valeur que dans les premiers jours qui suivent l'injection.

Chez plusieurs malades, des injections de sels d'or ont été pratiqués sans grattage. Il ne s'est produit ni croûte noire, ni amélioration notable, mais si la lésion est grattée et exposée un mois après l'injection, on observe alors la production d'une croûte noire, analogue en tous points à celle que l'on a observée précédemment. Ceci ne doit pas nous étonner, nous savons que l'élimination de l'or si elle est importante pendant les premières heures qui suivent l'injection n'est cependant pas totale et, d'après HANS-BORG, on peut après un traitement aurique retrouver l'or dans les urines même plusieurs années ensuite.

Résultats pratiques des expériences.

En conclusion de ce que nous venons de dire, si les deux conditions précédentes sont réalisées, hyperleucocytose et extériorisation des lésions, on devrait pouvoir guérir par la chrysothérapie toute dermatose tuberculeuse. Oui, si le malade était toujours seulement un tuberculeux, et si la tuberculose était seulement une maladie cutanée. Les lésions tubercu-

leuses étant en réalité des lésions d'extériorisation d'une affection générale, nous tournons dans un cercle vicieux.

Le fait de fermer cette lésion arrête en effet la valeur thérapeutique de l'or en lui supprimant du même coup une de ses conditions d'action.

Cela est si vrai que, malgré les faibles doses utilisées, au moment où les lésions se ferment, quant la guérison est rapide, il a été fréquent de constater dans le service, chez des malades traités pour tuberculose cutanée, l'apparition de nouvelles lésions sur une autre partie du corps.

Il semble que l'organisme cherche une nouvelle localisation de défense.

Dans d'autres cas, nous avons vu le malade présenter les douleurs thoraciques en ceinture ou des points pulmonaires congestifs.

Le Docteur GOUIN considère ces faits comme extrêmement important.

Une nouvelle localisation cutanée lui paraît être le meilleur mode de réaction de l'organisme, tandis que les manifestations pulmonaires sont d'un mauvais pronostic.

Le signe de douleur thoracique est pour lui un signe d'alarme qui lui fait suspendre immédiatement la thérapeutique par les sels d'or même si la lésion n'est pas encore fermée.

Si l'extorisation des lésions est un facteur aussi indispensable que la potivité de la leucocyto-réaction pour que l'efficacité thérapeutique de l'or puisse se

manifeste, quand la lésion locale est fermée, l'extériorisation n'existant plus, l'or non seulement perd ses propriétés thérapeutiques, mais le processus semble renversé et peut avoir dans certains cas une action néfaste, comme le pensent les auteurs brestoïis, en déviant la maladie sur des organes dont l'atteinte est plus dangereuse.

En pratique, l'absence d'extériorisation des lésions, telle que nous l'avons décrite, permet d'expliquer une grande partie des échecs obtenus en chrysothérapie et également la fréquence des récidives. Sitôt la cicatrisation obtenue l'or cesse d'agir, l'infection profonde continue toujours à évoluer et les manifestations cutanées peuvent se reproduire. Dans d'autres cas, la cicatrisation rapide parfois observée au cours d'un traitement aurique expliquerait peut-être certains accidents désignés sous le nom d'accidents métastatiques par maints auteurs.

La constatation de ce cercle vicieux amène à une conclusion pratique importante : dans les tuberculoses cutanées le traitement aurique, même avec des doses très faibles, doit comporter des séries très courtes. C'est la pratique à laquelle ont été amenés les auteurs brestoïis.

Ces constatations sont valables dans le domaine de la dermatologie où elles ont été faites et il serait peut-être intéressant de ne pas les perdre de vue dans la chrysothérapie de la tuberculose pulmonaire.

TROISIEME PARTIE

TERRAINS MIXTES

CHAPITRE PREMIER.

Considérations générales.

Dans les deux chapitres précédents, nous avons montré l'importance et la nécessité des deux facteurs, hyperleucocytose et extériorisation des lésions pour obtenir de bons résultats en traitant par les sels d'or les tuberculoses cutanées.

Quand ces deux conditions sont remplies, l'or cicatrice dans certains cas presque aussi rapidement les tuberculoses cutanées que les médicaments anti-syphilitiques cicatrisent parfois les accidents cutanés syphilitiques primaires ou secondaires.

Peut-on donc être assuré de guérir par cette thérapeutique toutes les dermatoses tuberculeuses.

En principe, oui, si la tuberculose était toujours seulement une manifestation cutanée et si le malade était toujours seulement un tuberculeux.

Une partie des échecs observés paraît être pour le

docteur GOUN explicable par le fait qu'il faut considérer une dermatose tuberculeuse, non seulement comme une lésion locale, mais encore comme une véritable réaction de défense de l'organisme.

Si la fonction de dérivation à la peau est impérieuse et plus puissante que les sommations thérapeutiques qui tendent au contraire à fermer la lésion, celle-ci, dont la cicatrisation est à peine ébauchée s'ulcère à nouveau ou bien des lésions nouvelles se produisent à la peau.

Ces manifestations nouvelles apparaissent, soit autour des foyers initiaux, soit sur une région éloignée.

Dans le duel entre la thérapeutique et l'organisme, ce dernier sort vainqueur, l'affection tuberculeuse épargnant de ce fait les organes profonds.

Dans le service, nous avons vu des malades porteurs de lupus tuberculeux de la face chez lesquels la thérapeutique aurique et l'extériorisation des lésions ont amené la cicatrisation.

Presque immédiatement, ces malades ont présenté d'autres lésions tuberculeuses identiques aux premières aux pieds, aux mains, aux fesses.

Mais il se présente une nouvelle hypothèse. Si dans le premier cas envisagé, on est obligé de faire jouer la théorie, dans le second on peut se baser sur des faits. Il semble que dans certains cas, on doit, pour expliquer les échecs de la chrysothérapie, envisager la possibilité d'existence d'un autre facteur jouant un rôle freinateur ou même empêchant. Ce rôle

pouvant être rempli par une autre affection générale ou si l'on veut par un autre terrain.

L'organisme qui présente ces deux terrains, ou si l'on veut ce terrain mixte, réagit d'une autre façon qu'un organisme uniquement tuberculeux.

On ne peut nier qu'un malade ne puisse en même temps être atteint de tuberculose et d'une autre affection. Certains auteurs sont même allés plus loin et ont admis l'action réciproque de ces deux terrains l'un sur l'autre, en expliquant ainsi la production de certaines lésions cutanées dont l'étiologie était pour eux complexe.

Déjà ALIBERT en 1830 mettait en évidence le rôle de la syphilis dans les manifestations scrofuleuses. Nous ne devons pas plus oublier le scrofulate de vérole de FOURNIER que l'assertion de SERJENT qui nous disait que la syphilis faisait le lit de la tuberculose.

BROCQ lui-même suspectait la syphilis dans la genèse du lupus érythémateux. Le rôle de certaines affections latentes dans la production de certaines dermatoses est donc une notion ancienne.

Nous ne pouvons que faire nôtre ces lignes du grand dermatologiste français disparu récemment, le docteur RAVAUULT, qui, en 1924, étudiant les liens qui unissent certaines affections comme l'eczéma, l'asthme, le prurigo, disait.

« Si l'on remonte dans le passé pathologique des malades, si l'on étudie leurs antécédents, on constate que des maladies infectieuses sont souvent à l'origine de leurs affections. Si l'on retrouve facilement

l'influence de certaines d'entre elles lorsqu'elles évoluent bruyamment et que leur intervention ne saurait passer inaperçue, il en est d'autres dont le rôle bien que plus occulte n'est pas moins très important et c'est ainsi que celui de la tuberculose et de la syphilis, surtout de la syphilis héréditaire, mérite d'attirer toute notre attention ».

Et il ajoute plus loin, « en ce qui concerne le rôle de la syphilis, je crois que nous avons encore beaucoup à apprendre. Qu'elle soit acquise ou héréditaire, directement ou indirectement, par l'intermédiaire des glandes vasculaires sanguines, du système nerveux ou par d'autres moyens, elle peut provoquer cette sensibilité spéciale des humeurs ou des tissus que les recherches récentes nous ont montré à la base de ces diverses affections. A côté des dystrophies visibles que nous a fait surtout connaître le professeur FOURNIER, il y en a d'autres beaucoup moins évidentes que nous commençons à entrevoir ».

En Europe, en France tout au moins, l'infection générale la plus répandue est la tuberculose et après elle vient immédiatement la syphilis. Si une combinaison de terrains doit se produire, la plus fréquente sera vraisemblablement celle d'un terrain tuberculeux et d'un terrain syphilitique.

Nous ne devons pas oublier le traitement des lupus tuberculeux par le calomel dans les services de BROCC, ni que DARIER a utilisé le novarsénobenzol dans les tuberculides, thérapeutique qui fut étendue par RAVAUT puis par maints dermatologistes à d'au-

tres lésions cutanées tuberculeuses. Mais on sait qu'aujourd'hui les antisiphilitiques ne sont plus considérées en général comme des médicaments spécifiques de la syphilis.

Faut-il donc les considérer comme des médicaments qui guérissent les affections les plus diverses, ou bien, malgré tout, faut-il penser qu'ils agissent sur un terrain bien déterminé plutôt que sur une manifestation cutanée que différentes étiologies peuvent peut-être réaliser. C'est vers cette dernière hypothèse que penchent les docteurs GOUN et BIENVENUE.

En tous cas, le fait que ces médicaments donnent des succès dans les différentes tuberculoses cutanées ou tuberculides, oblige tout esprit à se demander pourquoi ces différents remèdes guérissent et à utiliser les différents procédés que l'on possède pour cette investigation.

Si l'on peut mettre en évidence l'existence d'une syphilis chez certains malades porteurs de dermatoses tuberculeuses, on comprendra alors aisément l'action de deux thérapeutiques au premier abord contradictoire, les sels d'or et les antisiphilitiques. Etudions donc quels sont les procédés que nous possédons pour faire cette recherche.

CHAPITRE II.

Recherche des terrains mixtes.

Par quels moyens peut-on mettre en évidence l'infection syphilitique latente chez un malade atteint d'une dermatose tuberculeuse. Nous possédons pour cette recherche quatre procédés, l'examen clinique, l'étude des antécédents, les épreuves sérologiques, les épreuves biologiques. Nous allons résumer très brièvement les résultats qu'ils peuvent donner et quelle est la valeur qu'il faut leur attribuer.

a) *Examen clinique.*

C'est une méthode précieuse qui elle seule avait permis à de nombreux auteurs de suspecter, sinon d'affirmer, l'existence d'une syphilis ou d'une hérédosyphilis chez certains porteurs de lésions cutanées tuberculeuses. Mais l'existence des stigmates de l'infection syphilitiques ou hérédosyphilitique n'est pas constante et cela justement dans ces cas qui nous intéressent particulièrement où la syphilis remonte parfois à plusieurs générations.

b) *Etudes des antécédents.*

Les antécédents, s'ils permettent parfois de sus-

pecter l'infection syphilitique chez un malade, sont eux-mêmes sujets à caution. Leur histoire n'est jamais complète et leur interprétation est combien difficile. Les antécédents personnels sont déjà exposés souvent d'une façon peu précise, quant aux antécédents héréditaires ou collatéraux, ils ne fournissent en général aucun renseignement ou, au contraire, laissent le champ libre à toutes les suppositions.

Un enfant mort de méningite permet de suspecter autant la syphilis que la tuberculose, la nature de l'affection n'est pas précisée par les parents, volontairement ou involontairement.

Un adulte mort à l'asile signifie aussi bien paralysie générale qu'une démence quelconque, les parents ne connaissent pas la cause du décès. Les avortements peuvent être dus à la syphilis, mais aussi à la tuberculose ou à bien d'autres causes. Il n'est pas besoin d'insister sur la fréquence des avortements volontaires.

Il est donc bien peu de cas où une certitude absolue peut résulter de cette étude.

c) Examens sérologiques.

On sait que si la positivité des examens sérologiques permet de poser un diagnostic quasi-absolu, leur négativité par contre laisse dans l'incertitude. Chez les hérédo-syphilitiques à la première génération, les résultats positifs sont déjà plus qu'incons-

tants, dans les syphilis plus anciennes, ils sont exceptionnels.

d) *Epreuves biologiques.*

Lorsque l'étude des antécédents, l'examen clinique, et les épreuves biologiques auront donné un résultat négatif, devons-nous nous en tenir là, écarter toute idée d'existence d'un terrain mixte chez le malade porteur d'une dermatose tuberculeuse rebelle à la chrysothérapie; non, nous devons avoir recours à l'épreuve leucocytaire aux médicaments antisypilitiques. Cette épreuve est analogue à l'épreuve leucocytaire aux sels d'or et cette dernière ne fut d'ailleurs étudiée que plus tard par les auteurs brestois. Nous n'avons pas ici à en expliquer en détail la technique ni à en critiquer la valeur. L'étude complète en a été faite dans la thèse du Docteur DOMAIN et jusqu'ici aucun travail français n'est venu le contredire. Nous nous contenterons d'en exposer les résultats et d'indiquer comment on doit les interpréter.

1° RÉSULTATS DE LA LEUCOCYTO-RÉACTION AUX
MÉDICAMENTS ANTISYPHILITIQUES

a) L'injection d'un des antisypilitiques connus à un individu sain a toujours déterminé une réaction de l'organisme se traduisant par une hyperleucocytose à la deuxième heure.

b) L'injection d'un des antisypilitiques connus à

un syphilitique a toujours déterminé une réaction de l'organisme se traduisant par une hyperleucocytose à la deuxième heure.

c) L'injection d'un des antisiphilitiques connus à un sujet atteint d'une affection quelconque non syphilitique a toujours déterminé une réaction de l'organisme se traduisant par une leucopénie à la deuxième heure.

Ces résultats, nous n'avons pas à les commenter, ils sont assez explicites par eux-mêmes, mais il est intéressant de les rapprocher des résultats suivants obtenus en étudiant l'action des sels d'or chez les syphilitiques et des médicaments antisiphilitiques chez les tuberculeux.

a) l'injection d'un des antisiphilitiques connus à un sujet atteint de tuberculose pulmonaire ou cutanée vraie, et d'autre part apparemment exempt de syphilis a toujours déterminé une réaction de l'organisme se traduisant par une leucopénie à la deuxième heure.

b) l'injection d'un sel d'or à un sujet syphilitique apparemment exempt de tuberculoses a toujours déterminé une réaction de l'organisme se traduisant par une leucopénie à la deuxième heure.

Voyons maintenant comment nous devons interpréter ces résultats :

2° INTERPRÉTATION DE LA LEUCOCYTO-RÉACTION.
AUX ANTISYPHILITIQUES.

a) Les trois premiers résultats que nous venons de donner plus haut nous montrent que l'injection à un sujet syphilitique d'un médicament antisypilitique donne une réaction positive. La réaction est négative chez un sujet sain ou atteint d'une autre affection. Quoique la preuve thérapeutique de la spécificité d'un remède ne soit généralement plus admise, l'usage systématique de la leucocyto-réaction a souvent permis de reprendre l'observation de malades déclarés, même sérologiquement, indemnes de syphilis et de retrouver dans leurs antécédents la trace de cette infection.

En tous cas, quelle que soit sa valeur diagnostique, sa valeur thérapeutique est indéniable, car même si elle ne permet pas de déceler un terrain syphilitique au sens strict du mot, elle permet néanmoins de déceler le terrain qui acceptera la thérapeutique antisypilitique.

b) Les deux derniers résultats nous montrent que l'injection de sels d'or à un sujet syphilitique et indemne de tuberculose donne une réaction négative. De même, l'injection d'un médicament antisypilitique à un sujet tuberculeux non syphilitique donne une réaction négative. Les sels d'or sont donc néfastes dans la syphilis et les antisypilitiques sont donc néfastes dans les tuberculoses. Et pourtant l'on sait que

l'or est un médicament que l'on a même préconisé dans le traitement de la syphilis lorsque les autres médicaments ont échoué. Comment peut-on expliquer cette contradiction.

Dans le service, nous avons vu traiter des syphilitiques par les sels d'or, les uns sans résultat, les autres avec des résultats surprenants au premier abord. Nous croyons utile de rappeler ici deux faits caractéristiques que nous avons observé.

Une malade, qui présentait une roséole confluyente en voie de papulisation avait subi une injection de sels d'or. Le lendemain, on constatait la disparition de la roséole. On aurait dû conclure à une activité remarquable des sels d'or dans la syphilis, mais cette femme présentait un lupus érythémateux de la face et du cuir chevelu qui lui s'est aggravé dans les jours suivants. L'épreuve leucocytaire aux sels d'or était négative et l'est encore actuellement pour la quatrième fois.

La deuxième malade présentait une vieille syphilis tertiaire serpigineuse qui fut traitée par des injections de bismuth. Deux injections suffirent pour les faire disparaître mais cette malade dû passer peu de temps après dans le service des tuberculeux pulmonaires ou elle mourait quelques mois plus tard. La réaction leucocytaire au bismuth était négative, la réaction à l'or positive.

Faut-il conclure à une simple coïncidence ou bien faut-il admettre que l'injection d'un médicament qui donne une réaction leucocytaire négative est néfaste

et que, même si par cette thérapeutique on fait disparaître des lésions externes, on aggrave l'état général du malade en rompant l'équilibre existant entre deux terrains. Le docteur GOÛIN pense que cette seconde hypothèse est la bonne. La fréquence des cas observés dans le service est trop grande.

Tout remède leucopéniant est inutile ou néfaste. On a même de cette affirmation une vérification expérimentale en remplaçant la médication chimique par les irradiations de la radiothérapie sympathique. On sait en effet, que les irradiations sympathiques en axiale (mode caténaire) déterminent chez tous les sujets une réaction en hyperleucocytose, et que les irradiations sympathiques régionales (mode péri-artériel) déterminent chez tous les sujets une réaction en leucopénie. Ceci étant posé, on verra dans les tuberculides et aussi dans les syphilis secondaires, une radiothérapie régionale augmenter et aggraver les lésions, tandis qu'inversement une radiothérapie axiale du type caténaire amènera, après une réaction d'Herxheimer fugace, une amélioration de ces mêmes lésions.

Il faut donc être très prudent lorsqu'on se trouve en présence d'une lésion évoluant sur un terrain mixte et ne pas considérer toujours comme un succès la disparition rapide d'une lésion externe mais, au contraire, soigner les deux terrains si possible simultanément, pour ne pas rompre l'équilibre qui existe entre eux.

Les auteurs brestois se sont demandé si cette thérapeutique était possible car il peut paraître audacieux de vouloir injecter le même jour un sel d'or soluble ou insoluble et un médicament antisyphilitique.

Pour en vérifier la possibilité, ces auteurs ont été conduits à effectuer un certain nombre d'expériences qui seront publiées ultérieurement et que nous résumons ici. Ces expériences ont été faites en étudiant : 1° l'action des rayons X; 2° l'action des rayons X et des médicaments antisyphilitiques; 3° l'action des rayons X et des sels d'or; 4° l'action des antisyphilitiques entre eux; 5° l'action des antisyphilitiques et des sels d'or.

Elles ont montré que si deux médications hyperleucocytosantes sont appliquées simultanément, elles donnent une réaction de l'organisme en hyperleucocytose et que si deux médications, l'une hyperleucocytosante, l'autre leucopéniente sont appliquées simultanément elles donnent une réaction de l'organisme en leucopénie.

A. EXPÉRIENCES PRATIQUES EN UTILISANT LES RAYONS X.

1° Action des différentes irradiations utilisées simultanément.

Puisque la radiothérapie du système sympathique donne suivant son mode d'application des réactions

opposées, en hyperleucocytose pour les irradiations axiales, en leucopénie pour les applications régionales, l'application simultanée doit donner une leucopénie. Ce fait a été vérifié maintes fois. Les docteurs GOÛIN et BIENVENUE ont publié maintes études à ce sujet.

2° Action des rayons X et des médicaments anti-syphilitiques utilisées simultanément.

Si une radiothérapie sympathique leucopéniente est appliquée en même temps qu'une médication antisiphilitique hyperleucocytosante, l'application simultanée de ces deux thérapeutiques donnera une leucopénie (ou un résultat nul, ce qui au point de vue thérapeutique devient exactement au même).

Exemples.

Traj... (prostituée), syphilis latente BW. (— — — —).

Le 7 janvier 1935 on pratique une leucocyto-réaction au bismuth qui donne les résultats suivants :

Avant l'injection	6168
Deux heures après l'injection	10280
Résultat	+4112

Le 9 avril 1935 on pratique simultanément une injection de bismuth et l'irradiation d'un triangle de Scarpa. La numération leucocytaire faite toutes les demi-heures donne les résultats suivants :

Avant injection et irradiation	4626
Première demi-heure	3598
Deuxième demi-heure	3084
Troisième demi-heure	4626
Quatrième demi-heure	4626
Résultat nul.	

3° Action des Rayons X et des sels d'or utilisés simultanément.

Si une radiothérapie sympathique leucopéniante est appliquée en même temps qu'un sel d'or hyperleucocytosant, l'application simultanée de ces deux thérapeutiques donnera une leucopénie.

Lar... (prostituée) syphilis secondaire et tuberculose pulmonaire, B W (++++).

Le 8 avril 1934, on pratique une leucocyto-réaction aux sels d'or.

Avant injection	4112
Après injection	6682
Résultat	+ 2570

Le 26 avril injection simultanée de sels d'or et irradiation d'un triangle de Scarpa. La numération leucocytaire faite toutes les demi-heures donne le résultat suivant :

Avant injection et irradiation	5654
Première demi-heure	3598
Deuxième demi-heure	3084
Troisième demi-heure	5140
Quatrième demi-heure	5654
Résultat nul.	

B. EXPÉRIENCES PRATIQUÉES EN UTILISANT LES
MÉDICAMENTS ANTISYPHILITIQUES.

1° *Utilisation simultanée de deux médicaments antisypilitiques positifs.*

Si deux médicaments antisypilitiques, tous deux hyperleucocytosants, sont utilisés simultanément, ils donnent une réaction de l'organisme se traduisant par une hyperleucocytose.

Exemple.

Boul... (prostituée) syphilis secondaire (B.W
++++).

Le 18 janvier 1935, on pratique une leucocyto-réaction au 914.

Avant l'injection	5140
2 heures après l'injection	6682
Résultat	+ 1542

Le 20 février 1935, on pratique une leucocyto-réaction au bismuth.

Avant l'injection	4626
2 heures après l'injection	5654
Résultat	+ 1028

Le 30 décembre 1935, on pratique l'injection simultanée de 914 et de bismuth.

Avant les injections	5140
2 heures après les injections	7196
Résultat	+ 2056

2° Utilisation simultanée de deux médicaments antisypilitiques, l'un positif, l'autre négatif.

Si deux médicaments sypilitiques, l'un hyperleucocytosant, l'autre leucopéniant sont utilisés simultanément, ils donnent une réaction de l'organisme se traduisant par une leucopénie.

Coa... (syphilis secondaire).

Le 3 décembre 1934, on pratique une leucocyto-réaction au 914.

Avant l'injection	8224
2 heures après l'injection	5654
Résultat	— 2570

Le 11 mai 1935, on pratique une leucocyto-réaction au bismuth.

Avant l'injection	9766
2 heures après l'injection	11308
Résultat	+ 1542

Le 4 juin 1935, on pratique l'injection simultanée du 914 et de bismuth.

Avant les injections	9766
2 heures après les injections	7196
Résultat	— 2570

C. EXPÉRIENCES PRATIQUÉES EN UTILISANT LES SELS D'OR ET LES MÉDICAMENTS ANTISYPHILITIQUES.

1° Utilisation simultanée d'un sel d'or positif et d'un médicament antisypilitique positif.

Si un sel d'or hyperleucocytosant et un médica-

ment antisyphilitique hyperleucocytosant sont utilisés simultanément, ils donnent une réaction de l'organisme se traduisant par une hyperleucocytose.

Exemple.

Bel... (tuberculides multiples).

Le 12 décembre 1933, on pratique une leucocyto-réaction aux sels d'or.

Avant l'injection	4112
2 heures après l'injection	6168
Résultat	+ 2056

Le 15 février 1934, on pratique une leucocyto-réaction au bismuth.

Avant l'injection	4626
2 heures après l'injection	5654
Résultat	+ 1028

Le 20 mars 1934, on pratique l'injection simultanée de sels d'or et de bismuth.

Avant les injections	4626
2 heures après les injections	6168
Résultat	+ 1542

2° Utilisation simultanée d'un sel d'or négatif et d'un médicament antisyphilitique positif.

Si un sel d'or leucopéniant et un médicament antisyphilitique hyperleucocytosant sont utilisés simultanément, ils donnent une réaction de l'organisme se traduisant par une leucopénie.

Exemple.

Val... (prostituée) tuberculides.

Le 3 janvier 1935, on pratique une leucocyto-réaction au 914.

Avant l'injection	5654
Deux heures après l'injection	+ 7196
Résultat	+ 1542

Le premier Avril 1935, on pratique une leucocyto-réaction aux sels d'or.

Avant l'injection	6168
Après l'injection	4626
Résultat	— 1542

Le 26 avril 1935, on pratique une injection simultanée de 914 et de sels d'or.

Avant les injections	8224
2 heures après les injections	4626
Résultat	— 3598

Il résulte de ces différentes expériences que, si deux médicaments sont hyperleucocytosants, ils détermineront une réaction positive quand ils seront utilisés simultanément, on peut donc les utiliser de cette façon. Si un des médicaments est leucopéniant, on doit le rejeter, il ne doit être employé ni seul, ni en combinaison.

CHAPITRE III.

Applications immédiates.

Nous n'étudierons pas ici la conduite du traitement qui sera indiquée au chapitre suivant, mais nous montrerons comment, en pratique, on recherche un terrain syphilitique chez un malade porteur d'une dermatose tuberculeuse.

La leucocyto-réaction à l'or doit être effectuée dans tous les cas. Cette réaction peut être d'emblée soit positive, soit négative.

PREMIER CAS. — LA LEUCOCYTO-RÉACTION A L'OR EST POSITIVE D'EMBLÉE.

Qu'il s'agisse d'une tuberculose cutanée ou d'une tuberculide, l'or a donné une hyperleucocytose et il y a lieu de penser que le terrain bénéficiera de la chrysothérapie. Après grattage et extériorisation on doit traiter le malade par les sels d'or. Si le malade blanchit, on est satisfait de la thérapeutique employée. Malade et médecin ont obtenu le résultat désiré. Mais si, malgré ce traitement, les lésions cutanées localisées ou généralisées n'ont pas été amendées, ou fort peu amendées, il faut penser qu'en outre du terrain sur lequel se développent les lésions cu-

tanées tuberculeuses, il y a peut-être un autre terrain qui bloque l'action de la thérapeutique aurique. On doit penser au terrain syphilitique si latent soit-il.

On pratiquera alors la leucocyto-réaction aux antisyphilitiques qui le mettra peut-être en évidence.

DEUXIÈME CAS. — LA LEUCOCYTO-RÉACTION EST
NÉGATIVE D'EMBLÉE.

Il n'est plus alors question d'utiliser, du moins pour le moment, la chrysothérapie et, trois semaines après cette première épreuve, on doit rechercher la leucocyto-réaction de la syphilis en utilisant l'un des antisyphilitiques connus. Après une ou plusieurs épreuves, on arrivera à déceler le terrain syphilitique, s'il existe, ou si l'on veut le terrain qui bénéficiera de la thérapeutique antisyphilitique.

L'expérience a montré que le terrain tuberculeux pourra toujours être mis en évidence par la leucocyto-réaction à l'or qui, d'abord négative, devient positive lorsque le terrain syphilitique dominant (leucocyto-réaction positive aux antisyphilitiques) aura été traitée convenablement par un médicament efficace.

Lorsque la positivité aux sels d'or sera réalisée, la combinaison des deux thérapeutiques spécifiques (sels d'or et antisyphilitiques) permettra alors d'obtenir une cicatrisation si les lésions n'ont pas été guéries par la thérapeutique antisyphilitique seule.

QUATRIEME PARTIE

CONDUITE DU TRAITEMENT

La réunion des trois facteurs : hyperleucocytose, extériorisation des lésions et traitement du terrain mixte s'il y a lieu permet de réduire les échecs de la chrysothérapie dans les tuberculoses cutanées et tuberculides et conduit à une thérapeutique raisonnée.

A. — TRAITEMENT LOCAL.

L'extériorisation des lésions est un facteur indispensable.

Comment allons-nous donc le réaliser. Deux cas sont à envisager, ou bien l'on est en présence de tuberculoses cutanées ou tuberculides localisées ou bien de tuberculose cutanées ou tuberculides généralisées. La conduite à tenir ne sera pas exactement la même dans ces deux cas.

a) *Tuberculoses cutanées ou tuberculides localisées.*

Qu'il s'agisse de gommès, d'ulcères, de lupus scléreux ou d'une tuberculose localisée quelconque, il est évident qu'il ne s'agit que de grattage et d'exposition de la lésion grattée à l'air pendant la journée.

Bien entendu, la nuit on la recouvrira d'un pensement. Si les lésions sont multiples, on les grattera les unes après les autres.

b) *Tuberculoses cutanées ou tuberculides généralisées.* — S'il s'agit de tuberculoses généralisées papuleuses, papulo-nécrotiques, le malade sera exposé tout entier à l'air si le corps lui-même est envahi entièrement. Les lésions les plus nécrotiques seront évidées s'il y a lieu.

Nous ajouterons que c'est de même par l'exposition quotidienne à l'air que, dans le service du docteur GOÛIN, on traite avec succès certains psoriasis et lichens plans qui ont donné des leucocyto-réactions à l'or positives.

B) TRAITEMENT GÉNÉRAL.

La leucocyto-réaction à l'or est pratiquée systématiquement. Cette réaction est d'emblée positive ou négative. Nous envisagerons ces deux cas successivement.

1° *La leucocyto-réaction à l'or est positive et l'extériorisation est réalisée.*

On traite le malade par des injections de sels d'or pratiquées une fois par semaine. La série comporte 4 à 6 injections, la première de 0 gr. 05, les suivantes de 0 gr. 10. La dose totale utilisée ne dépasse jamais un gramme pour la première série.

Dans les vingt-quatre heures qui suivent la première injection, on constate l'apparition de la croûte noire. On l'enlève tous les deux à trois jours. Au moment où la première série d'injection est terminée, deux cas peuvent se présenter.

a) *Les lésions sont cicatrisées.*

Les résultats obtenus sont donc satisfaisants puisque c'est cette cicatrisation que l'on recherchait et l'on cesse la chrysothérapie.

b) *Les lésions présentent un retard à la cicatrisation.*

Dans ce cas, on suspend la chrysothérapie et l'on pense que ce retard permet d'envisager la présence d'un terrain mixte.

Il va de soi que les épreuves sérologiques ont été pratiquées avant toute thérapeutique. Quelqu'en soit le résultat, le terrain latent est recherché en utilisant l'un des médicaments antisyphilitiques. S'il est mis en évidence, on combine les deux traitements chrysothérapie et médicaments antisyphilitiques.

Tant qu'il n'est pas mis en évidence, on pratique la chrysothérapie seule.

2° *La leucocyto-réaction à l'or est négative d'emblée.*

Il est dangereux de continuer la chrysothérapie. Le malade est laissé sans traitement pendant trois

semaines. Ce délai n'ayant d'ailleurs aucune importance, car les lésions tuberculeuses cutanées ne demandent pas une thérapeutique d'urgence. Au bout de ce temps, on recherche le médicament antisyphilitique hyperleucocytosant. Si ce nouveau médicament est le Novar, on utilise de petites doses de 0 gr. 30 à 0 gr. 45 qu'on injecte tous les quatre à cinq jours sans dépasser la dose totale de trois grammes. S'il s'agit du bismuth, on pratique une injection tous les huit jours.

La série terminée, on laisse le malade au repos pendant trois semaines, que ses lésions soient guéries, améliorées ou même peu influencées. A ce moment, on recherche si la positivité de la réaction leucocytaire aux sels d'or peut être mise en évidence. Si cette réaction est négative, on pratique une nouvelle série de médicament anti-syphilitique. Trois semaines après avoir terminé cette série on recherche encore la positivité aux sels d'or.

Et ainsi de suite même si les lésions ne sont pas améliorées.

Quand la réaction devient positive à l'or, on combine l'or au médicament antisyphilitique en pratiquant les deux injections simultanément.

Dans le service du Docteur GOÛN, à l'Hôpital de Brest, c'est ainsi que l'on traite depuis trois ans les tuberculoses cutanées et les tuberculides.

Nous attirons à nouveau l'attention sur un signe d'alarme qui doit faire cesser immédiatement la chrysothérapie, la douleur névralgique intercostale qui semble plus fréquente à gauche.

De toutes les tuberculoses cutanées, les seules qui ont parfois donné des échecs sont les lupus tuberculeux confluents, à lupomes en nappe de la face. Cet échec est-il dû à l'insuffisance des doses par excès de timidité ou peut-être existe-il des tuberculoses cutanées rebelles qui sont de véritables dérivations à la peau et jouent un rôle immunisant, ou bien, disons simplement qu'il y a d'autres causes qui nous échappent.

En aucun cas, la combinaison d'un traitement aurique et d'un traitement antisyphilitique n'a été effectuée sans qu'au préalable la positivité leucocytaire de ces sels ait été contestée. Jamais un médicament positif n'a été combiné à un médicament négatif.

En terminant ce chapitre, nous faisons encore une fois remarquer qu'une leucocyto-réaction positive ne préjuge pas de la tolérance ou de l'intolérance au médicament à laquelle le malade est toujours exposé, qu'il s'agisse de sels d'or ou de médicaments antisyphilitiques. Cependant, étant donné les faibles doses employées, les accidents d'intolérance graves n'ont pas été constatés, les accidents cutanés légers sont eux-mêmes rares, deux cas seulement ont été observés et ont fait suspendre la thérapeutique par l'or. Les malades n'ont pas guéri, un des facteurs faisant défaut.

Quand nous parlons de guérison, nous voulons dire disparition totale des lésions. Cette guérison n'est pas toujours durable et les récidives peuvent se produire pour deux raisons.

La première, que nous avons déjà exposée est dûe au fait que la fermeture même des lésions par le traitement aurique, arrête l'action ultérieure du sel d'or. Il faut que la lésion soit exposée pour qu'il agisse.

Quant à la deuxième, elle est dûe au fait que la tuberculose cutanée comme la syphilis cutanée est la manifestation d'une affection générale chronique, qui, nul ne l'ignore, réclame une thérapeutique prolongée et répétée.

S'il arrive que parfois une ou deux séries suffisent pour obtenir une guérison définitive, il ne faut pas compter qu'il en sera toujours ainsi. Si une récurrence se produit on la traitera exactement comme la lésion primitive.

CONCLUSIONS

I° Dans les tuberculoses cutanées vraies et dans les tuberculides, la première condition d'action d'un sel d'or c'est qu'il détermine une réaction de l'organisme se traduisant par une hyperleucocytose à la deuxième heure. Cette condition n'est pas toujours suffisante, de plus, elle peut manquer, il faut la rechercher et l'obtenir.

Un sel d'or déterminant une réaction de l'organisme se traduisant par une leucopénie ne donne donc pas la guérison des tuberculoses cutanées ou des tuberculides .

II° L'extériorisation des lésions, grattage et exposition à l'air et à la lumière est le deuxième facteur nécessaire à l'action de l'or dans les tuberculoses cutanées et dans les tuberculides.

L'exposition complète du corps à l'air est souvent nécessaire dans les tuberculoses cutanées et dans les tuberculides généralisées.

III° Malgré la réalisation de ces deux conditions, hyperleucocytose et extériorisation des lésions, la chrysothérapie peut-être inactive. Il y a lieu de rechercher alors la présence d'un terrain syphilitique

ou du moins d'un terrain qui réagit favorablement au traitement antisypilitique.

IV° La recherche de ce terrain se fera au moyen de la leucocyto-réaction aux médicaments antisypilitiques.

V° Lorsque les tuberculoses cutanées et les tuberculides évoluent sur un terrain mixte, la leucocyto-réaction aux sels d'or, si elle est parfois d'abord négative, devient en règle générale positive, après un traitement antisypilitique par un médicament hyperleucocytosant.

VI° Lorsque les tuberculoses cutanées ou tuberculides évoluent sur un terrain mixte, on devra utiliser un traitement mixte, chrysothérapie et antisypilitique lorsque ces deux médicaments auront donné une leucocyto-réaction positive.

VII° Un sel d'or hyperleucocytosant et un médicament antisypilitique hyperleucocytosant peuvent être utilisés simultanément. Au contraire, si l'un ou l'autre de ces médicaments est leucopéniant, il ne doit être utilisé ni seul ni en combinaison.

VIII° La cicatrisation des tuberculoses cutanées ou la disparition des tuberculides peut être obtenue avec des doses minimales. Il y a certains signes d'alarme que l'on doit savoir interpréter pour arrêter parfois le traitement.

IX° Le traitement des tuberculoses cutanées et des tuberculides par les sels d'or et l'extériorisation des lésions diminue déjà le nombre des échecs observés. Le traitement mixte par les sels d'or et les antisiphilitiques employés simultanément permet de réduire encore ce nombre.

OBSERVATIONS

Nous donnons ici quelques observations de malades atteints de tuberculoses cutanées et de tuberculides. Certaines nous ont été communiquées par le Docteur GOUIN qui a bien voulu nous autoriser à nous en servir pour illustrer cette thèse, d'autres sont personnelles. Certains de ces malades ont été traités par l'extériorisation des lésions et la chrysothérapie, d'autres par l'extériorisation des lésions, la chrysothérapie et la médication antisypilitique, utilisées simultanément. D'autres enfin, guéris par ces méthodes ont présenté ultérieurement des récidives ou des métastases.

Pour terminer nous donnerons 2 observations de malades porteurs de dermatoses à étiologie non définie (psoriasis et lichen plan) qui présentaient une leucocyto-réaction aux sels d'or positive et qui ont été traités avec succès par la chrysothérapie et l'extériorisation. Cela ne veut pas dire que 1° tous les psoriasis et le lichens plans guérissent par l'or et 2° qu'ils sont pour cela des dermatoses tuberculeuses mais que, quand une dermatose quelconque évolue sur un terrain sypilitique ou tuberculeux, la guérison peut être dans certains cas obtenue par la médication antisypilitique ou antituberculeuse.

Certaines de ces observations sont déjà anciennes. Nous les donnons à dessein pour montrer par quelles phases à passé la thérapeutique des tuberculoses cutanées et des tuberculides et comment on a été amené à utiliser les traitements mixtes.

I. — Guérison par extériorisation et chrysothérapie seule.

OBSERVATION I. (D^r GOÛIN).

Me... Jeannie, 19 ans.

Hospitalisée le 24 novembre 1932 pour tuberculides ulcérées de la jambe droite.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de 71 ans en bonne santé; mère âgée de 51 ans également en bonne santé.

Antécédents collatéraux. — Douze frères et sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels. — Aucune maladie antérieure. La malade est réglée depuis l'âge de 14 ans et l'est depuis régulièrement. Depuis quelques années, elle présente une érythrocyanose des deux jambes. Au mois de juillet 1932, une petite tuméfaction est apparue sur la jambe droite au niveau d'une des plaques. La malade dit que cette lésion a guéri en un mois et demi après l'application d'une pommade. Mais au début du mois de Novembre, elle constata l'apparition de deux nouvelles lésions au niveau de la même plaque et elle éprouva une sensation de tension douloureuse.

Etat au moment de l'hospitalisation. — On constate la présence de deux tuberculides ulcérées de la jambe droite. Ces deux lésions sont entourées d'une large zone violacée, indurée, de la grandeur d'une paume de main. La peau est très épaissie à ce niveau.

Bon état général.

B. W. (— — —) index 2. Vernes $\Sigma = 0$. Vernes $\varphi = 8$.

Le 28 novembre 1932 on pratique une leucocyto-réaction aux sels d'or (crisalbine 0,05).

Avant l'injection	9766
2 heures après l'injection	11308
Résultat	+ 1542

Les lésions sont grattées à la curette et le lendemain on constate l'apparition d'une croûte noire, le surlendemain on observe une anémie locale très marquée.

La malade est traitée par la crisalbine (6 injections) et sort en janvier 1933 après guérison (dose totale 0 gr. 60).

OBSERVATION II. (D^r GOÛIN).

B... René, 40 ans.

Hospitalisé le 6 février 1933 pour ulcère tuberculeux du gros orteil gauche.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante. Père mort d'une affection inconnue du malade.

Antécédents collatéraux. — Rien de particulier à signaler.

Antécédents personnels. — Marié deux fois. La première femme est morte de tuberculose pulmonaire, elle a eu une fausse couche, un enfant bien portant actuellement, un autre épileptique.

La seconde femme est bien portante et de ce second mariage, le malade a eu deux enfants en bonne santé.

Il est réformé à 15 %, pour lésion du sommet droit, de plus, il se plaint de crises d'asthme depuis un mois.

Etat au moment de l'hospitalisation. — On constate une ulcération du gros orteil gauche datant de un mois et demi ne présentant aucune tendance à la cicatrisation.

B. W. (— — — —) index 3. Vernes $\Sigma = 0$. Vernes $\varphi = 47$.

Le 8 février 1933, on pratique une leucocyto-réaction à l'or (crisalbine 0,05).

Avant injection	6168
2 heures après injection	8224
Résultat	+ 2056

On traite le malade par la crisalbine. La lésion est grattée

et exposée, le malade reçoit 6 injections, les deux premières de 0,05, les quatre dernières de 0,10.

Le malade sort guéri de l'hôpital.

OBSERVATION III. (personnelle).

Gui..., 52 ans. Vient consulter le 8 février 1936 pour un lupus tuberculeux datant de trois ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts, mais le malade ne sait de quelle affection.

Antécédents personnels. — Aucune affection antérieure, le malade est marié, sa femme est en bonne santé. Il a quatre enfants dont trois sont vivants et bien portants. Le quatrième est mort des suites de coqueluche à l'âge de deux ans et demi.

Etat avant le traitement. — On constate un lupus tuberculeux du nez, intéressant le nez en totalité, les deux ailes sont prises et s'étendant sur la joue droite. A noter également sur cette joue la présence de lupomes isolés. Réactions sérologiques négatives.

Le 10 février 1936 on pratique une leucocyto-réaction aux sels d'or (allochrisine 0,05).

Avant injection 9252

2 heures après injection 10280

Résultat + 1028

Le malade est traité par les sels d'or, et on gratte les lésions.

Du 10 février au 19 mars 1936, six injections d'allochrisine sont pratiquées, les deux premières de 0,05, les suivantes de 0,10. Le malade est amélioré. Il est mis au repos pendant deux mois. Le 14 mai 1936 on recommence le traitement.

Six injections de myoral amènent la cicatrisation totale des lésions.

OBSERVATION IV. (personnelle).

Mlle C..., 46 ans. Consulte le 20 mars 1936 pour lupus tuberculeux du nez.

Antécédents héréditaires. — Aucun renseignement.

Antécédents collatéraux. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Aucune maladie antérieure.

Le lupus est apparu en 1935. Il a été traité, dans une autre ville, plusieurs fois, sans succès, par la radiothérapie.

Etant avant le traitement. — Lupus étendu et ulcéré du nez. Bon état général. Pas de signe d'autre affection. Réactions sérologiques négatives.

Le 26 mars 1936 on pratique une leucocyto-réaction aux sels d'or (myoral 1 cm³).

Avant l'injection 4626

2 heures après l'injection 7710

Résultat + 3084

Après grattage, la malade est traitée par les sels d'or, on lui fait une injection de myoral par semaines. Les deux premières de 1 cm³, les autres de 2 cm³.

Guérison complète le 26 juin.

II. — Echecs du traitement par l'extériorisation et la chrysothérapie seule.

OBSERVATION V. (D^r GOÛIN).

Rou... Jean-Louis, 12 ans. Hospitalisé le 4 avril 1934 pour adénites tuberculoses suppurées multiples.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants et bien portants.

Antécédents collatéraux. — Six frères et trois sœurs en bonne santé, une sœur morte en bas âge.

Antécédents personnels. — Aucune maladie antérieure, le début de son affection remonte à six mois. A cette époque, il a présenté des tuméfactions des régions sous-maxillaires qui ont grossi et qui suppurent depuis un mois, surtout à gauche où l'on constate au niveau de la région sous angulo-maxillaire une perte de substance de la largeur d'une petite paume de main. B. W. (— — — —) index 3.

Le 7 avril 1934, on pratique une leucocyto-réaction aux sels d'or (crisalbine 0,05).

Avant l'injection	11308
2 heures après l'injection	13878
Résultat	+ 2570

On traite le malade par la chrysothérapie après grattage, le lendemain des croûtes noires apparaissent sur les lésions extériorisées et grattées. On pratique six injections de crisalbine, les deux premières de 0,05, les suivantes de 0,10.

A la fin de cette série, le malade présente des vomissements, de la céphalée et de plus une hyperthermie jusqu'à 38°5.

On suspend le traitement.

Nous verrons plus loin comment ce malade chez lequel la chrysothérapie n'avait pas donné de résultat fut guéri par un traitement mixte.

OBSERVATION VI. (personnelle).

Le Ny..., Georges, 18 ans. Hospitalisé le 8 février 1935 pour lupus tuberculeux du bras droit.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler. Père et mère vivants et bien portants.

Antécédents collatéraux. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Aucune maladie antérieure.

Le malade a été traité antérieurement à l'hôpital Maritime de Toulon. Une biopsie pratiquée à ce moment a confirmé la nature tuberculeuse de l'affection.

Etat au moment de l'hospitalisation. — Bon état général. Lupus tuberculeux peu étendu. Aucune autre affection.

B. W. (— — —) index 3. Vernes Σ = 0.

Leucocyto-réaction à l'or est pratiquée le 11 février 1935.

Avant l'injection	7710
2 heures après injection	11308
Résultat	+ 3598

Le malade fut soigné au myoral (2 cm³) par semaine.

Aucune amélioration.

Nous verrons plus loin comment ce malade fut guéri par le traitement mixte.

III. — Guérison par l'extériorisation des lésions et le traitement mixte.

OBSERVATION VII. (D^r GOÛIN).

Sté..., Lucienne 19 ans. Est hospitalisée le 15 octobre 1932 pour lupus tuberculeux récidivant.

Antécédents héréditaires. — Parents vivants, en bonne santé.

Antécédents collatéraux. — Quatre frères et sœurs, dont deux sont morts d'affections qui ne sont pas connues de la malade.

Antécédents personnels. — La malade a été plâtrée pendant six mois pour luxation congénitale de la hanche, elle fut soignée ensuite pour pleurésie.

A l'âge de huit ans, elle fut soignée par le docteur GOÛIN, pour un lupus tuberculeux de la joue qui fut guéri par des grattages en 1925.

A l'âge de quatorze ans, elle fait une congestion pulmonaire.

Etat au moment de l'hospitalisation. — Bon état général. Lupus peu étendu de la joue gauche.

B. W. (— — — —). index 3. Vernes $\Sigma = 0$. Vernes $\varphi. = 47$.

Le 21 octobre 1932, on pratique une leucocyto-réaction aux sels d'or (crisalbine 0,05).

Avant injection	7196
2 heures après injection	9252
Résultat	+ 2056

Après grattage de la lésion, on traite la malade par la chrysothérapie. Le 27 octobre et le 24 novembre, on effectue de nouveaux grattages légers. Le premier décembre, la série est terminée, (7 injections) guérison.

Au mois de février 1933, la malade revient pour récidive.

On constate deux points lupiques nouveaux à la partie supérieure de la cicatrice. On effectue un nouveau grattage et l'on traite par les sels d'or. Une série de six injections de 0,05, suffit à amener la guérison. En août 1933, la malade consulte pour une nouvelle récurrence. On pense alors à une affection évoluant sur un terrain mixte. La réaction de Wassermann est toujours négative.

(— — — —) index 3.

Le 23 août, on recherche l'épreuve leucocytaire au bismuth.

Avant injection	6682
2 heures après injection	14906
Résultat	+ 8224

Six injections de bismuth sont alors pratiquées après grattage; la guérison est incomplète. Après quinze jours de repos, on met la malade au traitement mixte, crisalbine et bismuth. On observe la cicatrisation dès la deuxième injection double.

Le 15 février 1934, nouvelle récurrence, on constate la présence d'un lupome qui est gratté et du 15 février au 22 mars, on fait cinq injections doubles (crisalbine et bismuth). La malade est guérie.

OBSERVATION VIII. (D^r GOÛIN).

Jal..., 25 ans, consulte 16 février 1932, pour *lupus tuberculeux* datant de huit ans.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier. Père et mère en bonne santé.

Antécédents collatéraux. — Trois frères en bonne santé.

Antécédents personnels. — Marié depuis 1929. Sa femme est en bonne santé, et il y a un enfant également en bonne santé.

Il y a huit ans, le malade fut blessé à l'oreille droite par une balle de carabine. Sur la cicatrice qui en résulta, se produisit une engelure persistante, sur laquelle se développa le *lupus*.

Etat avant le traitement. — Lupus tuberculeux de l'oreille droite. Etendu à tout le pavillon, intéressant également le lobule et la région rétroauriculaire, suintant au niveau de la partie postérieure de l'oreille. Le 12 février, on pratique une leucocyto-réaction aux sels d'or (crisalbine 0,05).

Avant l'injection	10794
2 heures après injection	16962
Résultat	+ 6168

Le malade est traité par la chrysothérapie du 12 février au 25 avril, on constate une simple amélioration. En octobre, le malade revient, on pratique une nouvelle leucocyto-réaction aux sels d'or qui est positive, et le malade est traité par la crisalbine à petites doses (0,05). La lésion est grattée.

Au bout de 24 heures, le lupus présente un aspect desséché et fripé. On effectue un nouveau grattage après la quatrième injection.

On constate alors une légère amélioration, mais le malade ne guérit pas, il revient en juillet 1933. On pense à la possibilité d'un terrain mixte et on pratique une leucocyto-réaction au bismuth.

Avant injection	9766
2 heures après injection	13364
Résultat	+ 3598

Le malade est gratté et est traité tout d'abord par le bismuth seul. Il reçoit huit injections, aucune amélioration ne se produit. Le 11 octobre, le lupus est scarifié et l'on pratique une série de crisalbine, puis à partir du 22 novembre, on alterne les deux médicaments, mais cette thérapeutique ne donne que de mauvais résultats. Le 14 février 1934 on combine les deux thérapeutiques; trois injections suffisent pour obtenir la guérison.

OBSERVATION IX (D^r GOÛIN)

Mor..., Marguerite, 32 ans. Consulte pour lupus tuberculeux de la face, le 13 juillet 1934.

Rien à signaler dans les antécédents, ni héréditaires, ni collatéraux, ni personnels.

Etat avant le traitement. — Lupus énorme du nez et des joues ayant envahi les narines et le voile du palais. Ce lupus date de 12 ans. Aucun traitement antérieur n'a donné aucun résultat. Réactions sérologiques négatives. Le 26 juillet 1932, on pratique une leucocyto-réaction à l'or (crisalbène 0,05).

Avant injection	9766
2 heures après l'injection	13878
Résultat	+ 4112

La malade est soignée par la chrysothérapie, deux courtes séries de six piqûres (dose totale par série, 0,35) et est laissée au repos jusqu'en mars 1935. En Mars, on recommence la chrysothérapie. La malade est ensuite laissée au repos jusqu'en juin ou on utilise alors le solganal. Le 13 juillet, il y a peut-être une très légère amélioration. Le traitement par la chrysothérapie est repris en novembre sans plus de succès. Le 15 décembre 1933, on pratique une leucocyto-réaction au 914. qui donne :

Avant l'injection	6168
2 heures après l'injection	10280
Résultat	+ 4112

La malade à la suite de cette épreuve est mise au traitement mixte. Le 10 février, on constate déjà une très grande amélioration. Le 23 mars, guérison. Revue le 20 avril 1937, la guérison est maintenue. La malade fait constater sa guérison plusieurs fois.

OBSERVATION X (D^r GOÛIN).

Mme M..., 61 ans, consulte le 18 janvier 1934 pour lupus érythémateux.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 60 ans, d'une affection inconnue de la malade. Mère morte des suites de couches.

Antécédents collatéraux. — Une sœur qui a deux enfants morts de méningite.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure, lupus datant de deux ans. Trois enfants en bonne santé.

Etat avant le traitement. — Lupus érythémateux localisé à la face gauche en trois endroits, au niveau du sillon nasogénien, près de la commissure buccale et plus bas, près du bord de la mâchoire. Réactions sérologiques négatives. La malade est traitée par la chrysothérapie d'emblée. Elle reçoit deux injections de suite. La première de 0,05, la seconde de 0,10. Aucune amélioration ne s'est manifestée. On a essayé le bismuth, aucun changement. La malade est laissée en repos jusqu'au 19 février. A ce moment, on pratique une leucocyto-réaction à l'or.

Avant l'injection	4112
2 heures après l'injection	5664
Résultat	+ 1542

Du 19 février au 15 avril, la malade est traitée par la crisalbine. Résultats médiocres aux doses hebdomadaires de 10 centigrammes, dose totale de 0,80.

Le 15 mai 1934, on pratique une leucocyto-réaction au bismuth qui donne :

Avant l'injection	4626
2 heures après l'injection	6168
Résultat	+ 1542

Un traitement mixte est institué jusqu'au 29 juin. La malade est très améliorée. En avril 1937, la malade ne présente pas traces des anciennes lésions de son lupus.

OBSERVATION XI (D^r GoÛIN).

R..., Jean-Louis, 12 ans. (Malade de l'observation n° 5) qui n'avait pas été guéri par la thérapeutique aurique et qui avait présenté des accidents d'intolérance, avait été laissé au repos jusqu'au 4 juin 1934. A ce moment, on pratique une leucocyto-réaction au 914 (0,15).

Avant l'injection	11308
2 heures après l'injection	13364
Résultat	+ 2056

Ce malade est traité au 914. Il reçoit six injections. La première de 0,15, les autres de 0,30. A la fin de la série il

présente des traces légères d'albumine, pas de sucre. Il est amélioré. On effectue ensuite à la fin de l'année 1934 une deuxième série de 914, de 1 fr. 65. Guérison.

Le 22 février 1935, le malade rentre dans le service pour récurrence. On pratique alors une leucocyto-réaction au myoral. Le 26 février 1936.

Avant l'injection	8224
2 heures après l'injection	10794
Résultat, — +	2570

Du 22 février 1935 on lui fait une série de myoral à raison d'une injection par semaine. Du 17 mai au 13 juin, il reçoit une deuxième série.

Le malade est encore guéri, mais en janvier 1936, présente une nouvelle récurrence et est de nouveau hospitalisé.

On utilise alors le traitement mixte, crisalbine et 914; au bout de cinq injections, le malade guérit. Il a été revu en février 1937. La guérison s'est maintenue.

OBSERVATION XII. (personnelle).

Mme M., 22 ans. Consulte le 6 mars 1935 pour lupus érythémateux de la figure.

Antécédents héréditaires. — Père mort accidentellement. Mère bien portante. Grand-père maternel mort accidentellement. Grand-père paternel âgé de 89 ans asthmatique. Grand-mère maternelle morte de maladie inconnue de la malade et grand-mère paternelle morte de suites de couches.

Antécédents collatéraux. — Six frères et sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure, le lupus est apparu il y a dix ans après un coup de soleil. Il fut soigné par la diathermie sans aucun résultat.

Etat avant le traitement. — Lupus érythémateux centrifuge en aile de chauve-souris, envahissant toute la figure, tuberculides de la face dorsale des mains. Le six février on pratique une leucocyto-réaction aux sels d'or (myoral).

Avant injection	5654
2 heures après l'injection	7710
Résultat	+ 2056

La malade est traitée au myoral jusqu'au 18 avril 1935.
Pas d'amélioration.

Le 14 mai 1935 on effectue une leucocyto-réaction au bismuth.

Avant l'injection	7196
2 heures après l'injection	10280
Résultat	+ 3084

La malade est traitée uniquement au bismuth jusqu'au 25 juin 1935. Amélioration.

Le 2 septembre, un traitement mixte est institué (bismuth + or). Elle reçoit sept injections doubles.

Au mois de Mai 1936, nouvelle série mixte. Une autre série est faite également en Octobre 1936. La guérison est obtenue.

Le 19 avril 1937, récurrence d'un point lenticulaire sous l'œil gauche. La malade est encore actuellement traitement (or + bismuth).

OBSERVATION XIII. (D^r GOÛIN).

Mlle H... Marie, 31 ans. Consulte le 20 mars 1933 pour lupus tuberculeux géant de la figure datant de l'âge de 10 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 69 ans. Mère morte à 70 ans, ont eu douze enfants vivants.

Antécédents collatéraux. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Rien à signaler. Réactions sérologiques négatives.

Le 25 mars 1935, on pratique une leucocyto-réaction à l'or.

Avant l'injection	8224
2 heures après l'injection	7710
Résultat	— 514

Trois semaines plus tard, on pratique une leucocyto-réaction au bismuth.

Avant l'injection	6682
2 heures après l'injection	8224
Résultat	+ 1542

On traite la malade par l'olbia que l'on donne en friction; amélioration. Le 6 mai on gratte les lésions de la face et on pratique une série de bismuth (la malade reçoit une série de six piqûres). Les lésions sont cicatrisées, mais récidivent au mois d'Octobre. Le 15 octobre 1935, on pratique une autre leucocyto-réaction à l'or qui cette fois est positive.

Avant l'injection 9766

2 heures après l'injection 10794

Résultat + 1028

Un traitement mixte est alors institué. Guérison en quatre injections. Le 18 février 1936 nouvelle récurrence. Deux injections mixtes suffisent.

Le 11 juin, petite récurrence au nez, guérison en sept injections.

La malade est revue en Avril 1937, la guérison se maintient.

OBSERVATION XIV. (personnelle).

Le Ny... Georges, 18 ans (malade de l'observation N° 6).

Ce malade qui n'avait pas été guéri par un traitement simple avait été laissé au repos pendant trois semaines.

Le 30 avril 1935, on pratique une leucocyto-réaction au bismuth.

Avant l'injection 3084

2 heures après l'injection 7196

Résultat + 4112

Le 30 avril un traitement mixte est institué (or + bismuth).

Le 8 mai 1935, le malade sort amélioré.

OBSERVATION XV. (personnelle).

Pi..., 34 ans. Consulte le 14 mai 1936 pour un lupus tuberculeux de la face.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure.

Etat avant traitement. — Lupus tuberculeux de la joue droite de six centimètres de long sur trois centimètres de large; le fond est sanguinolent. Examens sérologiques négatifs.

On pratique une leucocyto-réaction à l'or le 24 juin.

Avant l'injection	7196
2 heures après l'injection	8738
Résultat	+ 1542

On continue le traitement par grattage et chrysothérapie.

Du 24 juin au 29 juillet, le malade reçoit cinq injections de crisalbine de 0,05.

L'amélioration n'étant pas jugée suffisante, on pratique, le 10 septembre une leucocyto-réaction au bismuth.

Avant l'injection	6168
2 heures après l'injection	10794
Résultat	+ 4626

Du 17 septembre au 4 novembre 1936, le malade est traité par la thérapeutique mixte (or et bismuth).

Le 4 novembre 1936, très bonne guérison.

IV. — Guérison des lésions locales par l'extériorisation et la chrysothérapie mais avec métastases.

OBSERVATION XVI. (D^r Goüin).

Ha... Gilles, 32 ans. Hospitalisé le 8 mai 1933 pour ulcération tuberculeuse anale.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère morte suites de couches.

Antécédents collatéraux. — Sept frères et sœurs, quatre vivants, deux morts de maladies inconnues du malade.

Antécédents personnels. — Tuberculose pulmonaire depuis 1911. Recherche du bacille de Koch positive en 1921. Une dernière analyse en octobre 1930 est positive également.

Veuf, femme morte de congestion pulmonaire. Pas d'enfant.

Etat du malade au moment de l'hospitalisation. — Ulcéra-

tion tuberculeuse de la marge de l'anus en forme de demilune d'une largeur de 4 à 5 centimètres. Lésion pulmonaire discrète.

B. W. (— — — —). Vernes $\Sigma_1 = 0$. Vernes $\varphi = 87$.

Considérant l'affection pulmonaire évolutive du malade, le Dr GOÛIN refuse de traiter la lésion cutanée tuberculeuse.

Ce n'est que sur l'insistance du malade, prévenu des inconvénients qui allaient en résulter, que le traitement est entrepris.

Le 11 mai 1933, leucocyto-réaction à l'or.

Avant l'injection	10280
2 heures avec l'injection	13878
résultat	+ 3598

Le malade est traité par l'exposition à l'air et par la chrysothérapie. On observe la cicatrisation à la huitième injection mais immédiatement l'affection pulmonaire s'aggrave et le malade meurt le 21 septembre 1933, un mois après la fermeture de ses lésions externes.

OBSERVATION XVII (personnelle).

Th... Suzanne, 16 ans. Est hospitalisée le 25 février 1935 pour tuberculides généralisées au corps tout entier.

Antécédents héréditaires. — Parents vivants bien portants.

Antécédents collatéraux. — Six frères et sœurs, quatre sont vivants et bien portants, un est mort de méningite à l'âge de six ans, un autre n'a vécu que quelques mois. Une des sœurs actuellement bien portante a été soignée pour lupus de la joue droite dans le service.

Antécédents personnels. — A noter une pleurésie à l'âge de 10 ans. Réglée à l'âge de 14 ans et régulièrement depuis.

Etat au moment de l'hospitalisation. — Tuberculides généralisées aux membres et au tronc. Bon état général, pas d'affection pulmonaire, quelques douleurs lombaires.

B. W. (— — — —) index 1.

Le 27 février 1935, on pratique une leucocyto-réaction aux sels d'or (crisalbine 0,05).

Avant l'injection	4112
2 heures après l'injection	6682
Résultat	+ 2570

La malade est traitée par la crisalbine et l'exposition à l'air.

Le 15 mars, les tuberculides cutanées sèchent et l'on voit apparaître des lésions tuberculeuses aux coudes, à l'anus et des tuméfactions ganglionnaires dans les régions inguinales.

V. — Affections à étiologie indéfinie guéries par l'or et par l'extériorisation des lésions. |

OBSERVATION XVIII (D^r GOÛIN).

Ab... Phil., 18 ans. Consulte le 14 mars 1933 pour psoriasis généralisé de la face dorsale des mains, des genoux et des jambes.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier à signaler.

Antécédents collatéraux. — Huit frères et sœurs, cinq sont vivants, trois sont morts de maladies inconnues de la malade.

Antécédents personnels. — Rien de particulier à signaler.

Le 19 mars 1933, on pratique une leucocyto-réaction au 914.

Avant injection	10280
2 heures après injection	8738
Résultat	— 1542

Le 11 avril, on pratique une leucocyto-réaction aux sels d'or (crisalbine 0,05).

Avant injection	6682
2 heures après injection	8738
Résultat	+ 3084

La malade est traitée par les sels d'or. Elle refuse tout d'abord de s'exposer à l'air, et ne guérit pas. Elle accepte ensuite cette exposition et l'on constate alors une amélioration. La malade est guérie à la fin d'Avril.

OBSERVATION XIX.

Der... Cat., 9 ans.

(Observation déjà publiée, communiquée par le D^r LE BIGOT).

Hospitalisée le 7 décembre 1933 pour lichen plan généralisé confluent avec éléments linéaires.

Antécédents héréditaires. — Les grands-parents sont morts de maladie inconnue. Du côté de la mère, il y a eu trois sœurs dont l'une est morte de méningite. La mère est bien portante, le père est mort de mastoïdite aiguë.

Antécédents personnels. — Rien de particulier à signaler.

Etat au moment du traitement. — Lichen plan infantile généralisé. Nombreux éléments caractéristiques confluent et linéaires. Lésions d'inoculation de la peau au grattage. Pas de lésion à la bouche, pas de lichen plan des muqueuses.

B. W. (— — — —) index 3.

Le 7 décembre, la malade est traitée par la radiothérapie sympathique dorsale. Ce traitement échoue.

Comme on vante en ce moment l'action de l'or dans le lichen plan, on pratique le 5 janvier 1934 une leucocyto-réaction aux sels d'or (crisalbine 0,03).

Avant l'injection	—	7196
2 heures après injection		9252
Résultat	+	2056

Du 5 au 25 janvier, la malade reçoit 25 cg. d'or et elle est exposée 4 à 5 heures par jour à la lumière.

A la première injection le prurit cesse. A la troisième injection, le diagnostic de lichen plan est impossible à faire, il ne reste que des pigmentations à la place des papules.

L'enfant est revue le 15 février. La pigmentation est toujours la même. A noter cependant que les jambes sont blanches.

Il semble intéressant de rechercher l'épreuve leucocytaire aux anti-syphilitiques.

La leucocyto-réaction à l'acétyl donne les résultats suivants :

Avant injection		7196
2 heures après injection		11308
Résultat	+	4112

Le traitement mixte or, arsenic est alors institué jusqu'au 15 mars à raison d'une double injection par semaine.

Jusqu'au 16 avril, la malade est laissée en repos, la pigmentation persiste.

Depuis la mi-juin, la pigmentation a disparu.

Le 25 juillet, la malade ne pouvant continuer à venir aux injections, on recherche chez elle, si le mercure en friction ne donnerait pas une réaction en hyperleucocytose pour la faire continuer chez elle (si besoin était) une médication générale d'administration plus commode.

Leucocyto-réaction au gambéol donne les résultats suivants :

Avant friction	4112
Après friction	5654
Résultat	+ 1542

Nous remarquons que la malade était complètement guérie lorsqu'on a pratiqué cette dernière épreuve.

Vu :

Le Président de la Thèse,

GOUGEROT.

Vu :

Le Doyen,

G. ROUSSY.

Vu et Permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

ALIBERT. — *Gazette des Hôpitaux*, 1832.

FOURNIER (A.). — *Traité de la syphilis*, 1906.

BROCQ (L.). — *Traité élémentaire de dermatologie pratique*, 1907.

RAVAUT (P.). — Le terrain syphilitique. Son intervention fréquente dans la genèse de certaines affections dites diathésiques (prurigo, eczéma, asthme, etc...). *Monde Médical*, N° 641, 1^{er} et 15 mars 1924, page 167.

GOÛIN et BIENVENUE. — De l'influence des radiothérapies sympathiques sur la leucocytose (*Bulletin Médical*, 14 novembre 1928, N° 49 et 50 et 8 décembre 1928, N° 52).

GOÛIN, BIENVENUE et DAOULAS. — De la radiothérapie sympathique à la leucocyto-réaction de la syphilis. (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*. Février 1930, tome 1, N° 2).

GOÛIN, BIENVENUE, DAOULAS et PERES. — Leucocyto-réaction de la syphilis (Deuxième communication). Syphilis conjugale et hérédo-syphilis. (*Bulletin de la Sté de Dermatologie*, Février 1930).

THOISON (M.). — Une nouvelle réaction de la syphilis (leuco-réaction).

GOUGEROT. — Aurides cutanés. (*S. F. de Dermatologie*, 10 décembre 1931).

LEBCEUF et MOLLARD. — Nouveaux cas de méningites tuberculeuses à la suite d'injection de sels d'or. (*Bull. S. F. Dermatologie*, 1932).

DOMAIN (A.). — Leucocyto-réaction de la syphilis. (*Thèse Paris*, 1933). Jouve édit.

GOÛIN, BIENVENUE, DESAUNAY et EZEL. — Leucocyto-réaction de la syphilis, hyperleucocytose et leucopénie dans les syphilis cutanées. (*Bull. S. F. Dermatologie*, 1933).

- Leucocyto-réaction de la syphilis. Hyperleucocytose et leucopénie dans les syphilis latentes. (*Bulletin S. F. Dermatologie*, 1933).
- Leucocyto-réaction et hyperleucocytose et leucopénie dans la syphilis héréditaire. (*Bulletin S. F. Dermatologie*, 1933).
- Des hyperleucocytoses et des leucopénies à la deuxième heure en Dermatologie.
- Rapport entre les réactions leucocytaires et les effets thérapeutiques en Dermatologie.
- GOUGEROT. — Nouveaux cas d'action curatrice d'une érythrodermie aurique (guérison d'un lupus érythémateux à la suite de 0 gr. 30 de sels d'or. (*Bull. S. F. Dermatologie*, 14 décembre 1933).
- GOÛIN, BIENVENUE, DESAUNAY et EZEL. — Leucocyto-réaction aux sels d'or dans les tuberculoses pulmonaires et cutanées. (*Bull. S. F. Dermatologie*, Février 1934).
- Leucocyto-réaction aux sels d'or, deuxième condition d'action des sels d'or dans les tuberculoses cutanées : Extériorisation des lésions. (*Bull. S. F. Dermatologie*, Février 1934).
- Lupus érythémateux. Leucocyto-réaction aux sels d'or, terrains tuberculeux. (*Bull. S. F. Dermatologie*, Mars 1934).
- Lupus érythémateux, leucocyto-réaction aux antisyphilitiques. Terrains syphilitiques. (*Bull. S. F. Dermatologie*, Mars 1934).
- Lupus érythémateux, traitement sous le contrôle de la leucocyto-réaction. Terrains mixtes, troisième conditions d'action des sels d'or.
- GOÛIN et BIENVENUE. — Traitement du psoriasis sous le contrôle de la leucocyto-réaction. Extériorisation des lésions. (*Bull. S. F. Dermatologie*, Avril 1934).
- Tuberculoses cutanées. Raisons des succès et des échecs de la chrysothérapie. (*Bull. S. F. Dermatologie*, Mai 1934).
- PAUTRIER. — Nouvelles pratiques dermatologiques. (Articles tuberculoses cutanées et tuberculides.

DESAUNAY (A.). — Diagnostic de la tuberculose par la leucocyto-réaction aux sels d'or. (*Thèse Paris*, 1934). Jouve édit.

GOÛIN et BIENVENUE. — Radiothérapie du sympathique. Rapport Congrès Français Médecine, Paris 1936, XXIV.

LE BIGOT (P.). — Comparaison de l'action des rayons X et des antisypilitiques dans le lichen plan. Conclusions thérapeutiques. (*Thèse Paris*, 1936, Jouve édit.).

